



Swiss⁺ABILITY

ANMELDUNG ZUR MITGLIEDSCHAFT

Ich bestätige hiermit meinen Wunsch, **SIMPATISIERENDES MITGLIED*** des Vereins SwissABILITY zu werden.

Titel	Herr/Frau/Unternehmen:
Vornamen:	
Nachname:	
Adresse	
PLZ und Ort	
E-Mail Adresse:	
Telefon:	

Ja, ich trete als **SIMPATISIERENDES MITGLIED** bei und verpflichte mich zur Bezahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrags von **CHF 30.--**.

Ja, ich möchte den Newsletter erhalten: in Italienisch in Englisch

Datum und Unterschrift: _____

Das Formular an: info@swiss-ability.org oder via WhatsApp: +41 79 606 24 15 senden.

* Der Vereins wurde am 4. September 2022 in Anwendung von Art. 65 Abs. 1 und Art. 70 Abs. 1 ZGB gegründet. Die Satzung kann unter www.swiss-ability.org eingesehen werden.

Ricevuta Conto / Pagabile a CH17 0900 0000 1599 5536 2 Associazione SwissABILITY Via alle Vigne 4 6963 Pregassona Pagabile da (nome/indirizzo) ┌ └ Valuta Importo ┌ CHF ┌ └ Punto di accettazione	Sezione pagamento  Valuta Importo ┌ CHF ┌ └	Conto / Pagabile a CH17 0900 0000 1599 5536 2 Associazione SwissABILITY Via alle Vigne 4 6963 Pregassona Pagabile da (nome/indirizzo) ┌ └
--	--	---